

**Ubezpieczenie Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych - Ubezpieczenie Szkolne III 184**

**Polisa typ 184 nr 001012950**

Jednostka organizacyjna 526/002/0000/40179

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od: 2018-09-01godz. 00:00Do: 2019-08-31godz. 23:59

**2. UBEZPIECZAJĄCY**

Szkoła Podstawowa nr 3 im.A.Fiedlera  
59-100 Polkowice ul.Kardynała Bolesława Kominka 1  
PESEL/REGON: 000712516

**3. NAZWA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ**

Szkoła Podstawowa nr 3 im.A.Fiedlera  
59-100 Polkowice ul.Kardynała Bolesława Kominka 1  
REGON: 000712516 Typ placówki: Szkoły podstawowe

**4. UBEZPIECZONY**

Dzieci, młodzież, osoby uczące się oraz personel placówki oświatowej - zgodnie z listą imienną będącą załącznikiem do polisy

**5. ZAKRES UBEZPIECZENIA**

Suma / limit ubezpieczenia / gwarancyjna dla każdego Ubezpieczonego

**ZAKRES PODSTAWOWY**

**SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA**

Śmierć wskutek NW	30 000 zł
Śmierć wskutek NW w środku lokomocji lub aktów sabotażu i terroru	15 000 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	23 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek aktów sabotażu i terroru	11 500 zł (dodatkowa suma ubezpieczenia)
Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez psa lub kota, użądlenia	200 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia NW w przypadku, gdy nie został orzeczonej trwały uszczerbek na zdrowiu	345 zł
Zwrot kosztów operacji plastycznych wskutek NW	9 200 zł
Zwrot kosztów korepetycji niezbędnych wskutek NW	400 zł

**ZAKRES DODATKOWY**

**SUMA / LIMIT UBEZPIECZENIA**

Klauzula nr 1 - zwrot kosztów leczenia	9 200 zł
Klauzula nr 2 - dzienne świadczenie szpitalne	35 zł / dzień, limit 3 150 zł
Klauzula nr 3 - jednorazowe świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek NW	2 300 zł
Klauzula nr 4 - jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 5 - zasiłek dzienny z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy lub nauki	5 zł / dzień, limit 900 zł
Klauzula nr 6 - zwrot kosztów rehabilitacji	9 200 zł
Klauzula nr 7 - zwrot kosztów wypożyczenia lub nabycia środków specjalnych lub uszkodzenia sprzętu medycznego.	9 200 zł 500 zł
Klauzula nr 9 - zwrot kosztów pogrzebu w przypadku śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego	1 000 zł
Klauzula nr 10 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci prawnego opiekuna Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
Klauzula nr 12 - dzienne świadczenie szpitalne z powodu choroby	35 zł / dzień, limit 2000 zł
Klauzula nr 13 - jednorazowe świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nowotworem złośliwym	1 000 zł
Klauzula nr 14 - jednorazowe świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego wrodzonej wady serca	1 000 zł
Klauzula nr 15 - COMPENSA iMe - Ubezpieczenie iMe Kids Secure	1 zgłoszenie
Klauzula nr 17 - odpowiedzialność cywilna personelu placówki oświatowej	Suma gwarancyjna 30 000 zł

**6. LICZBA OSÓB**

W zakresie ubezpieczenia NNW dzieci, młodzieży, osób uczących się: 965 osób (w tym 45 osób zwolnionych z opłacenia składki)

W zakresie ubezpieczenia NNW personelu placówki oświatowej: 0 osób

W zakresie ubezpieczenia OC personelu placówki oświatowej: 127 osób

**7. SKŁADKA**

Składka płatna:  gotówką  przelewem do dnia 2018-10-31  
Składka z ubezpieczenia NNW za 1 osobę: 50 zł za wszystkie osoby: 46 000 zł  
Składka za klauzulę 17 za 1 osobę: bezskładkowo za 127 osób: bezskładkowo

**Składka łączna z polisy: 46 000 zł**

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group:

83 1240 6957 7008 2200 1012 9508

## 8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

Kontynuacja do polisy 184 nr 001007297

## 9. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 12/04/2018 z dnia 13 kwietnia 2018 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 24 kwietnia 2018 roku. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184 oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przez mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne III 184.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia
- Oświadczam, że zapoznałem się oraz osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.
- Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 ust. lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązania umowy.

..... dn, .....

-----  
Pieczęć i podpis przedstawiciela Compensy-----  
Podpis Ubezpieczającego

## OŚWIADCZENIE WOLI W SPRAWIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Pani/Panu prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia na adres e-mail: korespondencja@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu po numerem: +48 22 501 61 00 lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02- 342 Warszawa (Compensa)

1) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

 TAK       NIE

2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe).

 TAK       NIE

..... dn, .....

-----  
Podpis Ubezpieczającego